Lane Medical Library

Ueber Castration.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Facultät

der Königl. Universität zu Greifswald

am

Dienstag, den 4. Juli 1893,

Nachmittags 1 Uhr,

öffentlich vertheidigen wird

Alfred Kellmann

aus Bromberg.

Opponenten:

Herr Dr. med. Bettkober.

Herr cand. med. Demnich.

Greifswald.

Druck von Julius Abel

1893.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153715_0157

Seinen teuren Eltern

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Die Castration der Frauen bedeutet im Gegensatze zur Ovariotomie, unter welcher man die Exstirpation des erkrankten Ovariums zu verstehen hat, die Entfernung der normalen Eierstöcke; der Name Castration für diesen operativen Eingriff wurde, nachdem früher „normale Ovariotmie“ oder „Oophorectomie“ dafür gebraucht worden, war zuerst von Battey und Hegar eingeführt und ist heute wohl der allgemeine geworden.

Die Operation selbst ist in keinerlei Weise eine Neuheit; sie wurde zu allen Zeiten ausgeführt wenngleich nicht aus chirurgischen Gründen.

Im letzten Jahrhundert enfernten beinahe gleichzeitg L'Aumonier und Pott die Eierstöcke als Heilverfahren, esterer unabsichtich bei der Eröffnung eines Abscesses in der Hüftgegend, Pott dagegen, wie er selbst 1775 in der Oeuvres chirugicales T. I p. 492 beschrieben hat, mit voller Überlegung, weil sie beiderseits Leistenhernien bildeten. Nach Potts Beispiel wurden nun fast ein Jahrhundert lang nur Ovarien, welche in Bruchsäcken lagen, herausgenommen, erst Hegar hat bekanntlich zuerst bei normal gelegenem Eierstock operiert, und sein Verdienst ist es auch, in seinem Werke „Castration der Frauen“ diesen Gegenstand einer gründlichen wissenschaftlichen Erörterung unterzogen und bestimmte Indikationen für die Ausführung der Operation aufgestellt zu haben. Seitdem hat sich die Castration trotz vielfacher Anfeindungen immer mehr und mehr in

der gynäkologischen Chirurgie Eingang verschafft und sich in derselben eine gesicherte, berechtigte Stellung erworben.

Was nun die Technik der Ausführung der Castration anbetrifft, so will ich die Methode beschreiben, welche in der Greifswalder geburtshülflichen Klinik angewandt wird.

Die Patientin erhält vor der Operation Bäder, ferner wird für Darmentleerung gesorgt, und womöglich der Darm gasfrei gemacht; alsdann wird Patientin auf den Operationstisch und zwar in die sogenannte Trendelenburg'sche Lage gebracht, d. h. das Becken ziemlich hoch gelagert, sodass die Intestina im oberen, vorderen Teile des Abdomens Platz greifen; tiefe Narkose, Reinigung des Operationsterrains mit Seife, Desinfektion desselben mit Sublimat und Rasiren der Haare ebendort. Darauf Durchtrennung der Bauchdecken der Reihe nach innerhalb der Linea alba 3 cm unterralb des Nabels beginnend bis drei Finger breit über der Symphyse heruntergehend; nach Freilegung des Peritoneums und Eröffnung desselben in der Ausdehnung des Hautschnittes wird mit 2 Fingern der rechten Hand des Ovarium herausgezogen, mit der Zange gefasst und dieselbe zusammengekniffen. Sodann wird unterhalb des Ovariums mittels der mit doppelten Fäden versehenen gestielten Nadel nach der einen Seite die Tube, nach der andern das ligt. latum abgebunden und dicht neben der Ligaturstelle das Ovarium abgeschnitten oder abgebrannt und entfernt; der Stiel wird in toto noch zweimal unterbunden und in der Abdominalhöhle versenkt. Toilette der Bauchhöhle indem sie mit sterilisierten und mit physiologiseher Kochsalzlösung getränkten Schwämmen ausgetupft wird; Schluss der Bauchwände und zwar des Peritoneums mit fortlaufender Catgutnaht, der Bauchdecken durch oberflächliche und tiefgreifende Seidenknopfnähte. Jodoform, Jodoformgaze, Wickelverband.

Nachdem ich nun über die Ausführung der Operation

gesprochen, will ich im Folgenden kurz auseinandersetzen, in welchen Fällen sie überhaupt Anwendung findet.

So liefern, wenn wir damit den Anfang machen wollen, schwere ovariale, dysmenorrhoische Zustände, welche keiner anderen Therapie gewichen sind und das Leben der Patientin bedrohen, entschieden eine dringende Indication zur Castration, desgleichen auf andere Weise unstillbare Gebärmutterblutungen und auf Entwickelungsfehlern beruhende Unwegsamkeiten oder gänzliches Fehlen der Scheide. Ferner ist man zur Ausschneidung der Ovarien berechtigt bei Missgestaltungen des Beckens, welche event. eine Geburt unmöglich machen oder doch der betreffenden Frau einen schweren, häufig genug das Leben gefährdenden, geburtshilflichen Eingriff aufdringen.

Ein weit ausgedehnteres Feld ist der Ausübung der Castration gegeben bei der ziemlich verbreiteten Osteomalacie, jenem eigenartigen Krankheitsbilde, bei welchem der solide, zur Ausbildung gelangte Knochen einem progressiven Erweichungsprozesse anheimfällt. Das Schicksal der an diesem Übel leidenden Frauen war bis zur neuesten Zeit noch ein recht trauriges, die medicinische Wissenschaft stand hier vor einem ungelösten Rätsel; nach der Statistik von Litzmann und Hennig gingen 80 % jener bedauernswerten Kranken zu Grunde; in der vorantiseptischen Zeit starben die meisten an den Folgen schwerer geburtshilflicher Eingriffe, andere an hinzutretender Tuberculose. Nachdem aber im Jahre 1876 von Porro in Pavia die Amputatio utero-ovarica, nach ihm benannt „Porro-Operation", als Complement der Sectio caesarea empfohlen und mit gutem Erfolge ausgeführt und bald darauf 1877 von Späth in Wien bei einem osteomalacischen Becken ebenfalls erfolgreich angewandt worden war, wurde die Sachlage eine ganz andere. Es wurde nun eine ganze Reihe dieser Operationen bei Knochenerweichung rasch

hintereinander gemacht, und nachdem 1879 Fochier und 1880 Levy die Wahrnehmung ausgesprochen, dass die Porro-Operation auf die Osteomalacie einen günstigen, ja heilenden Einfluss auszuüben vermöchte, konnte Fehling 1888 bereits 24 auf diese Weise geheilte Fälle jenes Leidens aufzählen. Durch solche überraschende Erfolge kam Fehling nun auf den Gedanken, jene Knochenerkrankung vielleicht durch Fortnahme der Eierstöcke allein heilend beeinflussen zu können und führte diese Operation als der Erste 1887 im Januar und bald darauf 1888 noch zweimal mit geradezu frappantem Erfolge aus. Seitdem hat die Castration im Gegensatze zur Porro-Operation, besonders wo diese ersterer gegenüber die verstümmelndere ist, bedeutend an Zustimmung erfahren. Seine Versuche, Erfolge und Anschauungen über das Wesen der Osteomalacie und deren Heilung legte Fehling 1890 auf dem internationalen Kongress zu Berlin klar; er sieht, fussend auf der unter anderem bei der Operation stets gefundenen auffallenden Blutüberfüllung der Adnexe, das Wesen des Krankheitsprozesses in einer pathologisch erhöhten Thätigkeit der Ovarien, hält also die Osteomalacie für eine von den Eierstöcken ausgehende reflektorische Trophoneurose des Knochensystems und stellt sie in Analogie mit Struma und Morbus Basedowii, eine Hypothese, die gewiss zahlreiche Anhänger gefunden hat. Nach dem am 26. October 1892 im Münchener Ärzteverein von Franz v. Winckel gehaltenen Vortrage, der mir bei meiner Arbeit zur Hand ist, scheint es jedoch, als liessen sich erhebliche Einwände gegen die Fehling'sche Anschauung machen. Hierauf näher einzugehen ist hier nicht der Ort, ich möchte als in den Rahmen meiner Arbeit gehörend nur anführen, dass die Osteomalacie sehr wohl spontan zur Ausheilung gelangen kann, dass namentlich Soolbäder und der fortgesetzte Gebrauch von Phosphorleberthran in der neuesten

Zeit von sicherem Erfolge begleitet gewesen sind*), und ich möchte schliesslich, auf diese Thatsachen bezugnehmend, wenngleich ich den hohen therapeutischen Wert der Castration bei der Osteomalacie durchaus nicht unterschätze, dennoch v. Winckel beistimmen, wenn er sagt: „Ist es also keinem Zweifel unterworfen, dass auf völlig ungefährlichen Wegen die Heilung der Osteomalacie doch auch möglich ist, dann ergiebt sich daraus von selbst

erstlich, dass die Castration zur Beseitigung der Osteomalacie nur dann indiciert ist, wenn die anderen bisher erfolgreichen Behandlungsmethoden erschöpft sind und

zweitens, wenn das Leiden bereits eine so bedenkliche Höhe erreicht hat, dass das Leben bedroht ist."

Einige Zeit hindurch hat man auch nach anderer Seite hin auf die Castration grosse Hoffnungen gesetzt, indem man hoffte, auch von den Ovarien reflektierte Erkrankungen durch sie heilen zu können, das heisst, man machte die Castration wegen schwerer Neurosen und Hysterie, welche man als von den Ovarien ausgehende Reflexneurose oder Reflexpsychose auffasste. Indess, so viele Operationen dieserhalben auch vorgenommen sein mögen, eine definitive Heilung ist wohl kaum jemals zu verzeichnen gewesen, und es dürfte wohl heutzutage die allgemein massgebende Anschauung der Gynäkologen über die Angelegenheit diejenige sein, welche Fritsch in seinem Bericht über die gynäkologischen Operationen des Jahrganges 91/92 ausspricht. Nachdem er nämlich auseinandergesetzt, wie der Entschluss zur Castration bei Hysterischen besonders leicht gefasst werden könne, zumal die Entfernung gesunder Adnexe dem geschickten Operateur eine relativ ungefährliche Operation erschiene, sagt er ausdrücklich: „Bei keiner

*) Kehrer, Gelpke, Busch, Strümpell, Nothnagel, Sprengel, Matterhorn, Steinberg.

breiige Aussehen, mit Ausnahme von 2 leichten Fällen, die nur die typischen Fieber- und Prodromalerscheinungen aufwiesen, ohne Durchfälle und Milzanschwellung, die aber aus Orten stammten, wo Typhus abdom. vorgekommen war. Die Milzhyperplasie war mit Ausnahme dieser beiden letzten Fälle stets perkutorisch nachweisbar, bei einigen auch palpatorisch und bei 2 Patienten von starker Druckempfindlichkeit. Die Leberdämpfung fand sich nur bei 2 Fällen etwas vergrössert. Der Urin, in subnormaler Menge entleert, zeigte dunkelgelbe Farbe, teilweise klar, teilweise trübe mit starkem Sediment, und schwach sauere Reaction mit vermehrtem spezifischen Gewichte. Die Untersuchung auf pathologische Bestandteile, Eiweiss und Zucker gab, mit Ausnahme einer bei einigen vorübergehend auftretenden febrilen Albuminurie, sonst stets negative Resultate.

Was nun das Fieber anlangt, so war der Verlauf desselben ein typischer. Fast alle Patienten wurden zur Zeit der Febris continua aufgenommen, zwei im Stadium der Febris intermitteus. Die Dauer der Continua liess sich nicht überall genau feststellen, sie variirte zwischen 1 und 3 Wochen und erreichte bei einigen 40,5° als höchste Temperatur mit täglichen Morgenremissionen von 1—2 Grad. Während der Continua trat in vereinzelten Fällen öfters heftiges Nasenbluten auf; Obstipation hatte stets eine Steigerung der Temperatur zur Folge, die nach erfolgten Stuhlgängen um einige Grade sank. Die Fibris intermittens dauerte nicht über 8—10 Tage, wo die Temperatur allmählich staffelförmig herunterging, um sich

dann unter geringen Schwankungen innerhalb normaler Grenzen zu bewegen. So lange Fieber bestand, zeigten die Patienten starke Benommenheit, sie lagen apathisch da, schliefen unruhig, währenddessen Stuhl- und Harnentleerung unwillkürlich erfolgten; jedoch war der Grad der Benommenheit nicht immer abhängig von der Höhe der Temperatur. Bei 3 Patienten erreichte das Fieberdelirium einen solchen Höhegrad, dass dieselben aus dem Bett fielen resp. sprangen und ihre Umgebung nicht erkannten.

Recidive gelangten 2 Mal zur Beobachtung, ohne nachweisbare Ursachen hervorgegangen. In den Räumen, wo nur Typhuskranke lagen, also ein etwaiger Diätfehler ausgeschlossen war, da die Patienten streng bewacht wurden, kamen keine Recidive vor. Dieselben verliefen unter geringen Temperatursteigerungen, innerhalb einiger Tage, im allgemeinen leicht. Es waren 3 Fälle von Recidiven zu verzeichnen:

Der erste Fall betraf einen Wirtschafter von 26 Jahren aus der Nähe von Stralsund. Derselbe war nach einem 10 tägigen Inkubationsstadium unter charakteristischen Symptomen erkrankt, die seine Überführung in das hiesige Universitätskrankenhaus zur Folge hatten. Er will früher stets gesund gewesen sein und weist auch einen kräftigen Körperbau auf. Lunge und Herz zeigt bei der Untersuchung nichts Anormales. Es besteht Milzvergrösserung, geringer Meteorismus, Roseola, Obstipation und heftige Kopfschmerzen mit hohem Fieber. Patient erhält einige Calomelpulver und wird vorzugsweise mit

Was nun endlich die Rückbildung der Geschwülste selbst anbetrifft nach vorgenommener Castration, so spiel nach Lawson Tait*), welcher 271 Fälle von Myomen zu sammengetragen hat, das Alter der Patientinnen eine Haupt rolle; denn unter dem Alter von 40 Jahren verschwinde 70% der Geschwülste ganz, zwischen 40 und 45 Jahre verschwinden sie nicht mehr ganz, und über 45 Jahr schrumpfen sie nur noch bis zu $^1/_3$ bis $^1/_6$ ihrer alten Grösse

Zum Schlusse meiner Arbeit will ich noch bemerken dass von mancher Seite, z. B. Robert Bell in England sehr energisch gegen jede Castration überhaupt Front ge macht worden ist, indem in den Vordergrund geschobe wurde, dass die Operierte in jeder Beziehung geschlechtslo gemacht werde. Gegen diese Behauptung möchte ich Lawson Tait beistimmend, geltend machen, dass die ge schlechtlichen Beziehungen des Weibes dreifacher Art seien als Frau, als Gattin und als Mutter. Würde nun di Castrierte in allen 3 Beziehungen geschlechtslos gemach dann wäre es allerdings schlimm bestellt; indess ist di Sachlage meist derartig, dass die Frau vor der Operatio in ihrer dreifachen Thätigkeit brach liegt, die als Mutte ist während des Leidens gleich Null, die als Gattin un möglich, als Frau ist die Kranke nur mehr eine hilflos Invalidin. Nach einer erfolgreichen Operation indess wir die Kranke wieder fähig, ihre Stellung als Frau un Mutter und in weitaus den meisten Fällen — die libid sexualis ist nur in sehr geringen Fällen vermindert — auc als Gattin wieder auszufüllen.

Nach den vorstehenden kurzen Darlegungen will ic nunmehr zur Veröffentlichung dreier Fälle von Castratio schreiten, welche der Herr Geheimrat Prof. Dr. Pernic mir zu überweisen die Güte hatte.

*) Provincial med. journ. 1891. Mai 1. pag. 307.

Fall I.

Emma H. aus Strsd., 29 Jahr alt. Pat. will früher stets gesund gewesen sein; im Alter von $13^1/_2$ Jahr traten die Menses zum ersten Male auf, verschwanden aber bald wieder und blieben ein Jahr aus; dann zeigten sie sich wieder regelmässig alle 6 Wochen, nach einem Jahre alle 5, dann endlich alle 4 Wochen. Beschwerden will Pat. früher von ihrer Regel nie gehabt haben. Die Krankheit, deren wegen sie jetzt in die hiesige gynäkologische Klinik kam, begann vor 6 Jahren mit schmerzhafter Menstruation, Schmerzen im Kreuz und Unterleibe. Dann gesellten sich nach einiger Zeit heftige, ziehende Schmerzen im rechten Bein, im Gesicht und Kopf hinzu; die Menses dauerten nie länger als $1^1/_2$ bis 2 Tage, die schmerzfreien Intervalle, welche anfangs mehrere Wochen anhielten, betrugen im Laufe der Jahre nur 2 Tage. Der Zustand wurde immer unerträglicher. Die Ärzte, welche Pat. wegen ihres Leidens konsultierte, unterliessen eine Digitalexploration der Vagina und kurierten mit allen nur möglichen Medikamenten auf Unterleibs-, Nierenentzündung u. s. w., doch ohne Erfolg. Im November vorigen Jahres wandte sich Pat. an Prof. Freund (Strassburg), welcher sie per vag. untersuchte und einen Tumor konstatierte, welcher, wie er sagte, während der Regel an Grösse zunehmen und überhaupt im Laufe der Jahre wachsen würde; er war also der Meinung, dass Pat. mit einem Fibrom behaftet sei. Er teilte auch zugleich der Pat. mit, dass sie erst nach Exstirpation des Tumor von ihrem Leiden befreit sein würde. Nachdem Pat. bis jetzt ein äusserst kümmerliches Dasein gefristet hat, liess sie sich am 24. Oktober in die Klinik aufnehmen, um sich durch eine Operation von ihrem Leiden befreien zu lassen. —

Bei der inneren Untersuchung ergiebt sich Folgendes: Uterus vergrössert, überragt um 3 Finger breit die Sym-

physe und ist nach links gelagert; nach rechts und hinter geht vom Uterus ein harter Tumor aus, der die Grösse eines umfangreichen Kindskopfes hat. Dieser Tumor zeigt in seiner Mitte eine Abstufung, sodass derselbe wohl aus zwei, einem grösseren, nahe am Uterus anliegenden und einem kleineren, im rechten Hypochondrium gelegenen besteht. Diagnose: Subseröses Fibrom. Als Therapie wurde in Aussicht genommen die Castration oder die Exstirpation des Fibroms; doch entschied man sich für erstere Operation.

Am 24. November, morgens 9 Uhr, wurde unter den gewöhnlichen Cautelen und nach den üblichen Vorbereitungen zur Castration geschritten. Bauchschnitt 3 Finger breit unter dem Nabel bis 2 Finger breit oberhalb der Symphyse, stark entwickelter Panniculus adiposus, geringe Blutung. Das Auffinden der Linea alba gelang ziemlich leicht, dagegen dauerte es geraume Zeit, bis das Peritoneum gespalten war. Das sehr fettreiche Netz prolabierte und musste mit Leinwandstücken zurückgehalten werden. Die nun vorgenommene Untersuchung bestätigte die Diagnose.

Zuerst wurde mit der linken Hand das linke Ovarium in die Bauchwunde gezogen, das ligam. latum unterbunden und dann das Ovarium von demselben mit der Scheere abgetrennt und dann der Stiel versenkt. Die Auffindung des rechten Ov. gelang ebenfalls leicht, doch etwas schwerer, wie die des linken. Es wurde mit demselben ebenso verfahren, wie mit dem linken, nur mit dem Unterschiede dass der Stiel mit dem Thermokauter behandelt wurde. Toilette der Bauchhöhle mittelst Schwämmen, Vereinigung der Bauchwunde mit 3 tiefen und 7 oberflächlichen Nähten, Jodoformverband.

Die Ovarien zeigten Veränderungen, wie sie der chronischen Cophoritis eigen sind. Sie waren vergrösser, cystisch degeneriert und wiesen eine Hyperplasie des interstitiellen Bindegewebes auf.

Pat. befand sich nach der Operation relativ gut: der Durst war nicht besonders heftig, ebenso die Schmerzen in der Bauchwunde; abends steigerten sich die Schmerzen, welche jetzt auch noch in den Seiten und im Kreuz ihren Sitz hatten. Morphium. Der Urin musste mit dem Katheter entleert werden.

25. XI. Heute trat eine ziemlich heftige Blutung aus der Vagina auf; die Schmerzen ebenso wie gestern; mehrmals Morph. Temperatur und Puls normal.

26. XI., 27. XI, 28. XI. Im Befinden keine Veränderung eingetreten; Schmerzen dauern fort; Temperatur nicht erhöht.

29. XI. Pat. erhält heute ein Darmrohr, um den Darm von den Gasen zu befreien; der Erfolg war nur ein geringer; die Schmerzen weniger heftig, doch musste der Pat. abends wieder Morph. verabreicht werden. Der Appetit hebt sich. Pat. geniesst etwas Cacao, Milch und Bouillon.

30. XI. Schmerzen sind geringer geworden, doch musste am

1. XII. Morph. gegeben werden. Der Urin muss noch mit dem Katheter entleert werden. Puls und Temp. normal; heute erster Verbandwechsel. Wundränder liegen gut, nur oben in der Ausdehnung von 1 cm ein kleiner Spalt. Jodoform.

3. XII. Heute erfolgt unter grossen Schmerzen Stuhlgang. Befinden sonst gut; Urin spontan. Wunde neu verbunden; die offene Stelle ist überhäutet.

4. bis 7. XII. Die Schmerzen haben bedeutend nachgelassen.

10. XII. Pat. verlässt heute das Bett; Schmerzen sind vorhanden, aber nicht heftig.

Das Befinden der Pat. bessert sich nun von Tag zu Tag, sie konnte bald den ganzen Tag ausserhalb des

Bettes zubringen. Die am 19. XII. vorgenommene Untersuchung lässt eine wenn auch nur geringe Verkleinerung des Fibroms erkennen.

Pat. wurde am 22. December entlassen, erhielt jedoch die Weisung, sich nach einiger Zeit wieder vorzustellen.

Am 19. Februar 1884, also 10 Wochen nach der Entlassung und 13 nach der Operation stellt sich Pat. wieder vor. Sie hatte, als sie zum ersten Male einen längeren Spaziergang gemacht hatte, eine kleine Blutung bekommen, welche nach wenigen Tagen aufgehört hatte. — Die Schmerzanfälle, von denen Pat. früher viel zu leiden hatte, und welche sehr häufig eintraten, haben sich in der Zwischenzeit nur 3 Mal und mit bedeutend geringerer Heftigkeit eingestellt. Belästigt wird Pat. durch zuweilen auftretenden Blutandrang zum Kopf. Pat. will beobachtet haben, dass sie allgemein stärker geworden sei.

Die innere Untersuchung liess eine Verkleinerung der Fibrome um die Hälfte erkennen. Die Narbe ist fest und liegt eng an einander. Patientin ist Willens, wieder ihre alte Beschäftigung aufzunehmen.

Fall II.

Fräulein B., 27 J., wohnt Treptow a./T.

Anamnese: Bis 14 Jahr Masern, Scharlach, Drüsenschwellung.

Menstruation vom 15. Jahr ab, regelmässig, vierwöchentlich, 5—6 Tage dauernd, reichlich, ohne Schmerzen ohne Störung.

Beschwerden: Schmerzen in der rechten Seite, mit Erbrechen, angeblich nach einer Peritonitis vor ½ Jahr. Schmerzen bei der Regel, Stücke bei derselben; Ausfluss.

Stat. praes.: Bau schwach, Ernährung mangelhaft. Farbe etwas anämisch, Appetit schlecht, Stuhl verstopft.

Uterus leicht retroflectiert, sehr beweglich. Sonde convex nach vorn. Port. vag. Cervicalcatarrh.

Ov.: Rechts Ovarium stark vergrössert, höckerig, links weniger stark. Beide auf Druck sehr schmerzhaft, vorwiegend das rechte, welches im Douglas'schen Raume liegend vom retroflectierten Uterus bedeckt und gedrückt wird. Das linke liegt links vorn. Eine beide Ovarien verbindende Linie würde etwa der rechte schräge Beckendurchmesser sein. Bei stärkerem Druck auf das rechte Ovarium lässt sich das Erbrechen künstlich hervorrufen.

Diagnose: Leichte Senkung der vorderen und hinteren Scheidenwand; retroflectierter, leicht beweglicher, nicht vergrösserter Uterus.

16. VI. Ätzung mit lapis
20. VI. „
26. VI. „
28. VI. „
2. VII. „
10. VII. „
18. VII. „
25. VII. „
1. VIII. „
7. VIII. „
15. VIII. Bäder mit kalter Douche

Tampons, Pessarium nicht vertragen. Mayer'scher Ring nicht vertragen. Tampons, Hodge'sches Pessarium nicht vertragen.

3. IX. Castration.

In der linea alba wird ein etwa 10 cm langer Schnitt durch die Haut gelegt. Im sehr gefässreichen panniculus adiposus sind zahlreiche Unterbindungen notwendig. Das Fettpolster überhaupt sehr stark entwickelt. Die Bauchdecken werden schichtweise weiter durchtrennt, die blutenden Gefässe sofort unterbunden. Der Schnitt verkürzt sich der Tiefe zu mehr und mehr, sodass das Bauchfell nur in einer Ausdehnung durchschnitten wird, dass zwei Finger bequem in die Bauchhöhle eindringen können. Ausserdem war in den sehr dicken Bauchdecken der Schnitt etwas nach rechts von der linea alba geraten, was später ein

glückliches Ereignis genannt werden konnte, da von der Mittellinie aus das rechte Ovarium, um dessen Entfernung es sich wesentlich handelte, hätte kaum erreicht werden können. Der reflectierte Uterus, welcher das rechte Ovarium bedeckte, wurde mit zwei Fingern der linken Hand emporgehoben, und das Ovarium selbst ergriffen, während die rechte Hand von der Scheide aus dasselbe empordrängte. Ohne diesen doppelten Handgriff wäre das kaum möglich gewesen. Nachdem das Ovarium aus der Bauchhöhle vollends hervorgezogen war, wurde dasselbe mit einer Zange gefasst, (in diesem Moment der Operation war ein deutliches plötzliches Erbleichen der ziemlich tief narkotisierten Pat. zu bemerken) der Stiel mit einem Stück der Tube mit starken Catgutfäden unterbunden und der abgebundene Teil entfernt, der Stiel versenkt. Das linke Ovarium, welches unbehindert über dem vorderen Scheidegewölbe lag, aber sehr schwer zu erreichen war, wurde zurückgelassen. Nach gehöriger Toilette der Bauchhöhle wird die Bauchwunde mit tiefen, das Peritoneum mitfassenden Seidesuturen und einigen oberflächlicheren Catgutsuturen vernäht. Ein fest angelegter Protectiv-Joute-Verband bildete den Schluss der Operation, welche fortwährend unter Spray stattgefunden und $1^1/_4$ Stunde gedauert hat.

Patientin befand sich nach der Operation leidlich wohl; ein Glas Glühwein brachte die etwas niederliegende Herzthätigkeit wieder in Gang. Den Tag über klagte sie über ziemlich heftiges Brennen in der Wunde.

Abends T. 37,8. P. 92.

4. Morg. T. 37,6. P. 88 voll und kräftig. Abends T. 38,1. P. 88.

Patientin hat wenig geschlafen. In der Wunde noch immer heftiges Brennen. Nach dem Essen, welches in Milch und einer Tasse Bouillon besteht, Kneifen im Abdomen. Im übrigen Allgemeinbefinden recht wohl. Zunge

feucht, nicht belegt. Beständige leichte Transpiration. Abends 0,01 Morph. subcutan.

5. Morg. T. 38,7. P. 100. Ab. T. 38,4. P. 112.

Die Nacht nach Morphium guter Schlaf. Heute ziemlich starkes Hitzgefühl, Schmerzen bei Druck auf die rechte Bauchhälfte. Starke Transpiration. Sehr starker Durst, weshalb Eispillen. Zunge feucht, aber etwas belegt. Keine Fröste.

6. Morg. T. 39,4. P. 104. Ab. T. 38,5. P. 120.

Nacht nach Morphium guter Schlaf. Befinden heute wie gestern. Schmerzen im Bauche etwas gesteigert. Starker Schweiss.

7. Morg. T. 38,4. P. 108. Ab. T. 39,0 P. 116.

Nacht nach Morphium guter Schlaf. In den Fiebererscheinungen keine wesentliche Änderung. Nachmittags 1 Esslöffel Ol. Ricini und 1 Klystier, worauf reichlicher Stuhlgang erfolgt. Lebhafte Transpiration.

8. Morg. T. 39,2. P. 120. Ab. T. 39,2. P. 120.

Vormittags Verbandwechsel. Entfernung der Nähte. Die Bauchwunde grösstenteils per primam verheilt Im oberen Wundwinkel eine ganz oberflächliche ulcerierende Stelle, welche rechts seitlich in die Bauchdecke führt zu einem Abscess, welcher bei Druck auf den Bauch stinkenden, dünnen Eiter entleert. Nachmittags ist das Allgemeinbefinden besser, das Fieber steigt gegen Abend nicht.

9. Morg. T. 37,8. P. 96. Ab. T. 38,1 P. 96.

Pat. hat die Nacht ohne Morphium sehr gut geschlafen und befindet sich heute subjectiv bedeutend besser; sie ist fieberfrei. Vormittags wird der Verband, welcher übel riecht, entfernt, der Eiter aus dem Bauchdeckenabscess entleert und ein Drainagerohr eingelegt. Die Naht ist im oberen Drittel oberflächlich auseinander gewichen. In der Tiefe alles geschlossen. Abends nochmalige Irrigation der Wunde. Die Eitersekretion hat nachgelassen.

10. Morg. T. 37,6 P. 92. Ab. T. 37,8 P. 112.

Nachts guter Schlaf. Das Allgemeinbefinden bessert sich von Tag zu Tag. Die Naht ist in der ganzen Ausdehnung oberflächlich auseinander gewichen. Die Wunde ist jedoch rein und granuliert gut.

11. Morg. T. 37,4. P. 92. Ab. T. 37,6. P. 96.

Allgemeinbefinden gut. Lokal keine Veränderung von Bedeutung. Pat. hat seit der Operation niemals wieder Erbrechen gehabt. Sie erhält von heute ab gewöhnliche Kost, die ihr gut bekommt.

12. Morg. T. 37,2. P. 84.

Status idem. Bei der heute zum ersten Mal vorgenommenen innerlichen Untersuchung zeigt sich nirgends eine Spur von Exsudat. Die früher so sehr schmerzhafte Stelle im Douglas'schen Raume, an welcher das rechte Ovarium als höckeriger Tumor gefühlt wurde, ist jetzt vollkommen unempfindlich beim Touchieren, der kleine Tumor (Ovarium) nicht mehr vorhanden. Die Gegend des linken Ovariums links vorn beim Berühren noch etwas schmerzhaft.

25.—30. IX. Pat. menstruiert, und zwar bedeutend stärker als früher.

1. X. Pat. verlässt das Bett.

Reconvalescenz. Zwischenfall. Pat. leidet nur einmal am 2. X. an acutem Magencatarrh; einmaliges Erbrechen, welches nicht wiederkehrt.

Die Retroflexion besteht nicht mehr.

21.—24. X. menstruiert Pat. zum 2. Male stark.

26. X. Entlassung.

Am 18. XI. stellt sich Pat. wieder vor mit der Angabe, dass seit einigen Tagen wiederum Erbrechen eingetreten sei. Nirgends entzündliche Prozesse. Uterus sehr beweglich. Ein kleines Hodge'sches Pessarium hebt das Erbrechen vollständig.

Am 21. XI. kann Pat. bereits wieder entlassen werden.

Seitdem Pat. aus hiesiger Klinik am 21. XI. 1878 entlassen, hat sie wieder unausgesetzt gebrochen; in ihrer Verzweiflung hat sie zu Morphium gegriffen und zuletzt täglich 6 Spritzen subcutan gebraucht. Auch ist sie gegen früher bedeutend fetter geworden; schon bei dem Versuche des Touchierens erbricht sie. Die Stelle, wo das rechte Ovarium gelegen hat, ist nicht mehr empfindlich. Das linke liegt links vor dem Uterus, ist nussgross, sehr empfindlich; bei Berührung mit dem Finger erfolgt sofort Erbrechen. Die Narbe von der früheren Operation ist fast 2 Zoll breit, unter dieser das Fett bedeutend geschwunden, sodass man mit der Hand die Bauchdecke tief herabdrücken kann. Dadurch wird die bimanuelle Untersuchung erleichtert.

Zunächst erhält Pat. beständig Portionen Morphium (3mal täglich 0,01), die systematisch verkleinert werden, bis am 28. VII. 1880 die schon am 3. IX. 78 begonnene Castration vollendet wird. Unter den gebräuchlichen Cautelen wird dicht an der linken Grenze der Narbe ein 6 cm langer Hautschnitt gemacht und dann vorsichtig das Unterhautfettgewebe Schritt für Schritt durchtrennt, wobei die blutenden Stellen sofort unterbunden werden. Schon nachdem das Fettpolster ca. $1^1/_2$ Zoll tief durchdrungen ist, gelangt man direkt auf das verdickte Bauchfell, welches nach vollkommener Stillung der Blutung so weit gespalten wird, dass 2 Finger bequem durchdringen können. Schon auf den ersten Griff wird das Ovarium gefasst und mit einer kleinen Fibromzange hervorgezogen. Nun werden die beiden Wundränder möglichst in die Tiefe gedrückt, um den Stiel und die Tube eine feste Ligatur von englischer Peitschenschnur gelegt und dann der Stiel durchschnitten. Eine zweite mehr peripher zur Sicherheit angelegte Ligatur wurde bei der Durchtrennung des Stieles mit durchschnitten. Doch war die erstere so fest, dass man ihr

vollkommen trauen konnte. Der Stiel wird sodann in di Bauchhöhle versenkt, letztere sorgfältig mit Schwämme ausgetupft, und die Bauchwunde durch 4 tiefgreifende un genügend viele oberflächliche Nähte geschlossen. Das Ar einanderfügen der Wundränder machte einige Schwierig keiten, weil sich immer Fett dazwischen drängte, und di Narbe natürlich nicht so nachgiebig war, wie die normale Wundränder gewesen wären. Zum Schluss Protectiv-Joute Verband und Lagerung in ein erwärmtes Bett. Die Nar kose war leidlich gut. Gedärme hatten sich bei der Ope ration nicht hervorgedrängt; dieselbe dauerte kaum ein halbe Stunde. Pat. ist nach derselben ganz wach, klag nur über heftige Schmerzen in der Wunde. Um 12 Uh 0,01 Morph. subcutan. Im Laufe des Tages zweimal Ka theterismen. Kein Erbrechen.

Ab. T. 38,2. P. 100.

Zur Nacht 0,01 Morph. Schweiss.

Am 29. VII. Morg. T. 37,5. Ab. T. 37,4, P. 10 Schon in aller Frühe heftiges Erbrechen, steht sofort nac Einspritzung. Mittags wiederum Erbrechen; Einspritzung

Abends 0,01 Morph., wonach guter Schlaf.

30. VII. Morg. T. 38,1. P. 108. Ab. T. 37,7. P. 10

Kein Erbrechen, kein Morphium. Abends umgeleg Der Appetit bessert sich. Bouillon mit Ei, Milch, Wei Von jetzt an vollständig fieberfreier Verlauf und kein E brechen mehr. Etwas blutiger Ausfluss aus der Vagin

2. VIII. Nach pulv. Liquir. comp. leicht Stuhlgang

3. VIII. Entfernung der Nähte. Der untere Wun winkel ulceriert oberflächlich. In der Tiefe ist die Wund verheilt. Verband mit Carboloel. Pat. befindet sich woh

Seit dem 5. VIII. menstruiert Pat. wie früher.

Am 13. VIII. Die Granulationen in der Ulceratio sind missfarbig, zeigen keine Tendenz zur Heilung, di

selben werden mit lapis infernalis touchiert und darauf Umschläge von warmem Kamillenthee gemacht. Vom 15. ab wird die Wunde mit roter Praecipitatsalbe verbunden.

16. VIII. Die Ulceration beginnt zu heilen. Abends $9^1/_2$ Uhr tritt wieder Erbrechen auf! wahrscheinlich, weil Pat. heute zuerst kein Morphium bekam.

17. VIII. Abends 0,005 Morph. Kein Erbrechen.

18. VIII. Abends kein Morph. Erbrechen.

19. VIII. Die Ulceration fast überhäutet. Abends 0,005 Morph. Kein Erbrechen.

25. VIII. Heute Morgen und Nachmittag tritt ohne besondere Ursache heftiges Erbrechen auf.

26. VIII. Das Erbrechen bessert sich. Die Granulationen der kleinen Excorreation neigen sehr zur Blutung.

27. VIII. Kein Erbrechen.

28. VIII. Erbrechen schon morgens.

Nachdem einige Tage gutes Befinden gewesen, tritt vom 15. IX. an, wo die Menstruation eintreten sollte, wieder heftiges Erbrechen auf, welches nicht wieder nachlässt. Die Ulceration vergrössert sich daher und ist nicht zur Heilung zu bringen. Deshalb wird die ganze Narbe excidiert und die Wunde genäht. Die Nadeln werden am neunten Tage entfernt, und jetzt ist die Wunde bis auf eine kleine Ulceration am oberen und unteren Wundwinkel geheilt. Die völlige Heilung der Wunde erfolgt erst am 12. Oct., an welchem Tage Pat. auf ihren Wunsch entlassen wird. Das Erbrechen hat auch während der letzten Zeit nicht aufgehört, sodass täglich mindestens neunmal Morphium gegeben werden musste.

Fall III.

Frau D. aus L. Patientin, 38 J. alt, früher stets gesund, kräftig, kinderlos, bekam ihre Regel alle 3 Wochen bei 3tägiger Dauer, nur das letzte Mal dauerte dieselbe

4 Tage ununterbrochen an. Seit Herbst wurde Pat. das Urinlassen schwer, sodass sie manchmal stundenlang sitzen und drängen musste; sonstige Symptome keine, auch waren Stuhlgang und Verdauung gut.

Stat. praes. Kleine, gut genährte Person von gutem Knochenbau, Abdomen schwach aufgetrieben. Bei kombinierter Untersuchung fühlt man einen harten, runden Tumor, der das ganze kleine Becken gerade ausfüllt und nach oben hin die Symphyse um 3 Finger Breite überragt. Die Portio geht direkt in den Tumor über, die Sonde dringt in den Uterus weiter als normal ein; Pat. leidet an Urinretention; keine Oedeme, Linea alba nicht pigmentiert, keine Striae, Lungen und Herz normal.

Operation am 10. V. 1890.

Entleerung des Darmkanals; Bad, Narkose. Schnitt in der Linea alba; Durchtrennung der Bauchdecken unter Anlegung der Klemmen; nach Eröffnung des Peritoneums erscheint der Tumor. Da derselbe tief ins kleine Becken hinabreicht und aus der Wunde nicht herauszuwälzen ist, so wird von der Exstirpation Abstand genommen und zur Castration geschritten. Das rechte Ovarium wird bald gefunden, mit der Zange gefasst und vorgezogen, abgebunden und abgetragen. Das linke Ovarium wird erst nach längerem Suchen hinten im Douglas'schen Raume an der Hinterseite des Tumors gefunden. Mit Mühe gelingt es, dasselbe vorzuziehen; darauf ebenfalls Abtragung nach Unterbindung; Schluss des Peritoneums durch fortlaufende Catgut-Nähte, der Haut durch tiefe und flache Seidennähte. Puls gut. —

Befinden nach der Operation schlecht; am 3. Tage beginnt Blutabgang aus der Scheide, welcher 6 Tage währt; nach Auflegen eines Eisbeutels sistiert derselbe. Rekonvalescenz bis auf einige Tage mit Fieber bis auf 38,9 ungestört. Am 20. V. Verbandwechsel; Nähte werden ent-

fernt, Heilung per primam. Am 27. V. steht Patientin auf; keine Störung beim Urinlassen. Am 31. V. Entlassung.

Patientin stellt sich nach einigen Monaten wieder vor, ist ohne jede Beschwerden; Urinentleerung normal.

Nach 2 Jahren vollständiges Verschwinden des Fibromyoms; totales Wohlbefinden.

Litteratur.

Schroeder: Handbuch der Erkrank. d. weibl. Geschlechtsorgane.

Fritsch: Bericht über die gynäkolog. Operationen des Jahrgangs 91/92.

Hegas: Castration der Frauen.

von Winckel: Über die Erfolge der Castration bei der Osteomalacie. Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie. Centralblatt für Gynaekologie.

Lebenslauf.

Franz Alfred Albert Kellmann, Sohn des Kgl. Ober-Zoll-Inspectors A. Kellmann, geb. am 22. September 1868 in Bromberg in Posen, evang. Confession, besuchte das Gymnasium sammt Vorschule zu Meseritz bis Herbst 1879, siedelte dann nach Warburg (Westfalen) über, wo er im Juli 1888 die Abiturientenprüfung bestand. October 1888 bezog er die Universität Berlin, welche er October 1889 mit Greifswald vertauschte, woselbst er das Tentamen physicum und am 15. April 1893 das Examen rigorosum bestand.

Seiner Militärpflicht mit der Waffe genügte er im Winter-Semester 1891/92 bei dem Inf.-Rgt. Prinz Moritz von Anhalt-Dessau (5. pomm.) No. 42.

Während seiner Studienzeit hat Verfasser die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren Professoren und Docenten gehört:

In Berlin:

Waldeyer, Hartmann, Sell, Kundt.

In Greifswald:

Sommer, Limpricht, Schmitz, Landois, Grawitz, Mosler, Helferich, Pernice, von Preuschen, Hoffmann, Strübing, Peiper, Heidenhain, Schirmer Schulz.

Allen diesen seinen verehrten Lehrern spricht Verfasser seinen aufrichtigsten Dank aus. Insbesondere dankt er dem Herrn Geh. Medicinal-Rat Professor Dr. Pernice für seine gütige Überweisung des Themas sowie seiner Unterstützung bei derselben.

Thesen.

I.

Sobald eine Extrauterinschwangerschaft diagnosticiert ist, muss unter allen Umständen sofort operiert werden.

II.

Tritt in den ersten 2 Tagen nach einer Laparotomie Ileus ein, so ist Wiederholung der Laparotomie ganz entschieden indiciert.